Deutscher Bundestag **Drucksache 14/9816**

14. Wahlperiode 22. 07. 2002

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Irmgard Schwaetzer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 14/9732 –

Auswirkungen der Disease-Management-Programme

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Krankenkassen sollen für alle in ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten die Abrechnungs- und Diagnoseinformationen versichertenbezogen erhalten (§ 295 Abs. 2 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch/SGB V), obwohl eine versichertenbezogene Übermittlung dieser Daten zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) nicht erforderlich ist. Damit müssen eingeschriebene Versicherte auf den bisher in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Datenschutz verzichten, obwohl diese Daten zur Aufgabenerfüllung der gesetzlichen Krankenkassen nicht erforderlich sind.

Ein weiteres Problem liegt in dem Anreiz für die Krankenkassen, anhand der übermittelten versichertenbezogenen Abrechnungs- und Diagnosedaten Risikoselektion zu betreiben, weil sie für die in die Programme eingeschriebenen Versicherten jeweils nur einen Durchschnittsbetrag erhalten.

Die Ärzteschaft übt erhebliche Kritik an der Vorgabe medizinischer Anforderungen bei der Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien. Es besteht die Gefahr, dass Empfehlungen des Koordinierungsausschusses durch Übernahme in die Risikostrukturausgleichsverordnung und durch die darauf fußende Prüfungspraxis der Aufsichtsbehörden ihren Leitliniencharakter verlieren und zu Richtlinien werden, durch die die Behandlung in Disease-Management-Programmen wider besseres medizinisches Wissen eingeschränkt wird.

Die Parteien des Koordinierungsausschusses sind bei ihren Empfehlungen davon ausgegangen, dass die Anforderungen an die Behandlung und an die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen einen Mindeststandard darstellen. Da der Verordnungsgeber die Arbeitsergebnisse des Koordinierungsausschusses fast wortgleich übernommen hat, bedeutet dies, dass erheblicher Spielraum bei der vertraglichen Ausgestaltung der Programme besteht.

Die Bundesregierung hat den Krankenkassen im Rahmen der DMP neue Steuerungsaufgaben in erheblichem Umfang zugewiesen. Die Ärzteschaft kritisiert, dass die zu erwartenden Eingriffe der Krankenkassen in das konkrete

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. Juli 2002 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Behandlungsgeschehen sachlich unangemessen sind und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen werden.

Der Gesetzgeber hat es bei der Ausgestaltung der Regelungen zur Evaluation zudem versäumt, die Datenerhebung für Kontrollgruppen zu ermöglichen. Wissenschaftler schließen deshalb aus, dass die im Rahmen der Evaluation zu erhebenden Daten eine Beurteilung der Wirksamkeit und Kosten der Programme zulassen.

1. Werden die Versicherten ausdrücklich darüber aufgeklärt, dass sie mit einem Beitritt z. B. zu einem Diabetes- oder Brustkrebsprogramm sämtliche diagnostischen Informationen z. B. auch zu psychiatrischen Erkrankungen offen legen?

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs zu erhebenden Daten werden in den Anlagen 2 und 4 der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) aufgeführt und sind mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt. Erhoben werden dabei ausschließlich Daten, die im Zusammenhang mit der Behandlung der jeweiligen Krankheit stehen (§ 28f Abs. 1 Nr. 1 RSAV). Das heißt, dass Versicherte, die sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben, nicht sämtliche diagnostische Informationen offen legen müssen. Informationen über psychiatrische oder anderweitige Erkrankungen der in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden daher nicht erhoben. Unabhängig davon hat der Versicherte in jede einzelne Übermittlung gesondert schriftlich einzuwilligen (§ 28f Abs. 2. Nr. 3 RSAV).

2. Welche Steuerungsmaßnahmen sollen die Krankenkassen nach Auffassung der Bundesregierung mit Hilfe dieser Information durchführen?

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Verantwortung für die Einführung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen übertragen, die über den Risikostrukturausgleich (RSA) solidarisch gefördert werden sollen. Infolgedessen sind sie dafür verantwortlich, dass die zugelassenen Programme so durchgeführt werden, dass die hohen Qualitätsstandards auch nachweislich erfüllt werden. Ihre Aufgabe ist es dabei insbesondere, ihren Versicherten alle notwendige Unterstützung zukommen zu lassen, damit die Programme auch aus Sicht der betroffenen Patientinnen und Patienten zu einer Verbesserung der Behandlung führen.

3. Ist die Informationslage der Krankenkassen ausreichend, um die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der offen gelegten Inanspruchnahmemuster inhaltlich beurteilen zu können?

Es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Inanspruchnahmemustern inhaltlich zu beurteilen. Entsprechend erhalten die Krankenkassen auch keine Daten hierfür.

4. Welche Möglichkeiten des Missbrauchs dieser Informationen bei den Krankenkassen sieht die Bundesregierung?

5. Welche Maßnahmen wird sie dagegen ergreifen?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt, dass die im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms erhobenen und dokumentierten Daten ausschließlich für die Durchführung des Programms verwendet werden dürfen (§ 28f Abs. 1 Nr. 1 und 2 RSAV). Eine anderweitige Verwendung der Daten ist somit nicht rechtmäßig.

6. Wie werden die Krankenkassen nach Ansicht der Bundesregierung mit der versichertenbezogenen Information über Kostenunterschiede und Diagnosen eingeschriebener Versicherter umgehen?

Durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden Versicherte, die in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 oder für Brustkrebs eingeschrieben sind, gesonderten Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich zugeordnet. Den Krankenkassen wird für diejenigen Versicherten, die sich in ein zugelassenes Behandlungsprogramm eingeschrieben haben, ein höherer Beitragsbedarf zugerechnet werden als dies in der Vergangenheit der Fall war. Chronisch kranke Versicherte stellen damit für die Krankenkassen nicht länger ein „Finanzierungsrisiko“ dar, vielmehr erhalten die Krankenkassen durch die finanzielle Förderung strukturierter Behandlungsprogramme erstmalig den Anreiz, in einen Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung von chronisch kranken Versicherten einzutreten. Dies bedeutet eine Abkehr von der bisherigen Wettbewerbspraxis, die sich darauf konzentrierte, möglichst viele gesunde, junge Versicherte zu gewinnen. Durch die Neuregelungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden diejenigen Krankenkassen, die eine Vielzahl von Versicherten im Rahmen von zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen versorgen, im Vergleich zum Status quo finanziell deutlich besser gestellt. Es besteht daher für die Krankenkassen der Anreiz, die Versicherten zu ermuntern, sich in die qualitätsgesicherten strukturierten Behandlungsprogramme einzuschreiben.

7. Wie müssen die RSA-Zellen ausgestaltet werden, damit Selektionsanreize gegen einzelne Versicherte oder Benachteiligungen einzelner Krankenkassen vermieden werden?

Um Risikoselektion zu vermeiden, werden mit Inkrafttreten der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zum 1. Juli 2002 im RSA eigene Zellen für die Versicherten gebildet, die an einer in der Verordnung benannten chronischen Krankheit leiden und in ein zugelassenes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Die Zusammenfassung von Versicherten mit gleicher Grunderkrankung führt zu einer homogeneren Kostenstruktur und zugleich zu einer Erhöhung der Standardausgaben in der jeweiligen RSA-Zelle aufgrund der insgesamt höheren Leistungsausgaben für alle Versicherten in dieser Zelle. Die Erhöhung der Standardausgaben hat zur Folge, dass den Krankenkassen für diese Versicherten im RSA ein entsprechend höherer Beitragsbedarf zugewiesen wird.

Durch die damit verbundene Förderung strukturierter Behandlungsprogramme wird der bisher bestehende Anreiz für die Krankenkassen, chronisch Kranke möglichst nicht an sich zu binden, ins Gegenteil verkehrt. Krankenkassen

haben geradezu einen Anreiz, etwas für ihre chronisch kranken Versicherten zu tun, indem sie ihnen Programme anbieten und für die Teilnahme an den Programmen werben.

Die Möglichkeit ist zunächst für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs gegeben. Sobald der Koordinierungsausschuss Anforderungen an die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1, chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD und Asthma bronchiale) und koronarer Herzkrankheit empfohlen hat, werden die entsprechenden Anforderungen auch hierfür in einer weiteren Rechtsverordnung festgelegt, so dass auch für diese Krankheiten separate Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich geschaffen werden. Gleiches gilt für die chronischen Krankheiten, für die der Koordinierungsausschuss in Zukunft die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme empfehlen wird. Auf diese Weise werden zunehmend RSA-Zellen gebildet, die im Vergleich zur bisherigen Zellbildung eine homogenere Kostenstruktur und einen entsprechend verringerten Anreiz zur Risikoselektion aufweisen.

Mittelfristig wird die Risikoselektion der Krankenkassen auch durch die eingeleitete morbiditätsorientierte Reform des Risikostrukturausgleichs verhindert. Ab dem 1. Januar 2007 werden die Versicherten jeder Kasse entsprechend ihres Morbiditätsrisikos im RSA berücksichtigt werden, so dass es für keine Krankenkasse mehr lohnenswert ist, Risikoselektion zu betreiben.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen der Kenntnis über Kosten und Diagnosen einzelner Versicherter bei den Krankenkassen auf die Vertragsgestaltung?

Die Krankenkassen werden in der Vertragsgestaltung darauf hinwirken, eine hohe Qualität bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

9. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um Risikoselektionsstrategien der Krankenkassen entgegenzuwirken?

Auf die Antworten zu Frage 6 und Frage 7 wird verwiesen.

10. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass nicht in ungebührlicher Weise in die ärztliche Verantwortung eingegriffen wird und die Therapiefreiheit erhalten bleibt?

Die Behandlung der Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen soll auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen. Hierdurch wird die Behandlung in höchster Qualität für die Patienten gesichert. Die festgelegten Eckpunkte der Behandlung ersetzen jedoch nicht die Entscheidung des Arztes im konkreten Einzelfall. In der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wird daher ausdrücklich klargestellt, dass, soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken. Die individuelle Therapieentscheidung obliegt nach wie vor dem behandelnden Arzt. Dieser erstellt im Einvernehmen mit der Patientin und dem Patienten einen Behandlungs- und Betreuungsplan, der die individuelle Situation berücksichtigt. Dabei hat der Arzt selbstverständlich einen Behandlungsspielraum, der ihm ermöglicht, die für jeden Patienten sachgerechte Behandlung zu wählen. Darüber hinaus ist auch der Patient bei der Frage einzubeziehen, ob und welcher Therapie er sich nach erfolgter ausführlicher Aufklärung unterziehen will. Für einen ungebührlichen Eingriff in die ärztliche Verantwortung gibt es in diesem Rahmen keinen Spielraum.

11. Was bedeutet der Spielraum bei der vertraglichen Ausgestaltung der DMP nach Ansicht der Bundesregierung für die Rechtssicherheit der DMP-Komponente im RSA bzw. im gesamten Jahresausgleichs?

In der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sind die Anforderungen formuliert, die strukturierte Behandlungsprogramme erfüllen müssen, um vom Bundesversicherungsamt zugelassen und damit im Risikostrukturausgleich berücksichtigt zu werden. Hierdurch ist sichergestellt, dass alle zugelassenen Programme einen vergleichbaren Qualitätsstandard aufweisen. Selbst wenn in Einzelfragen der Programmausgestaltung ein Spielraum der Vertragspartner besteht, wird die Rechtssicherheit nicht gefährdet.

12. Wie wird die Einhaltung der Mindeststandards insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung im Einzelnen geprüft?

In Ziffer 2 der Anlagen 1 und 3 der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sind die Anforderungen enthalten, die ein strukturiertes Behandlungsprogramm sowie die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge in Bezug auf die Qualitätssicherung erfüllen müssen. Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen der Zulassung des Programms zu prüfen, ob diese Anforderungen erfüllt sind. Die Ausgestaltung dieser Prüfungen ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob die Programme nach den jetzt definierten Anforderungen zu Verhaltensänderungen der Versicherten beitragen werden?

Den Patientinnen und Patienten werden durch die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegten Anforderungen an die Programme aktive Mitwirkungspflichten auferlegt. Sie werden u. a. im Rahmen spezieller Schulungen auf die dazu erforderlichen Aufgaben vorbereitet. Die Erfahrung zeigt, dass aufgeklärte Patienten besser in sie betreffende Behandlungsprozesse eingebunden werden können. Dies ist auch Voraussetzung dafür, eigenes Fehlverhalten zu erkennen und abzustellen. So hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten bei allen sie betreffenden Entscheidungen im Rahmen der Behandlung gefordert. Er hat betont, dass eine verbesserte Beteiligung der Patientinnen und Patienten ein wesentliches Element für eine Optimierung des Nutzerverhaltens darstellt. Vor diesem Hintergrund sprach der Sachverständigenrat sich ausdrücklich für den Ausbau und die Optimierung der Patientenberatung, -aufklärung und -schulung aus. Aufgrund dieser Erkenntnisse geht die Bundesregierung davon aus, dass durch die aktive Teilnahme der Versicherten im Rahmen der Programme eine Verhaltensänderung erzielt werden kann.

14. Wie sollte nach Ansicht der Bundesregierung mit eingeschriebenen Versicherten verfahren werden, die kein Interesse an einer Verhaltensänderung bzw. an einem therapietreuen Verhalten (Compliance) haben?

Der Erfolg einer medizinischen Behandlung kann dadurch positiv beeinflusst werden, dass Patientinnen und Patienten an der Therapieplanung beteiligt werden und aktiv an der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen mitwirken. Grundlage der medizinischen Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme ist daher ein differenzierter Therapieplan auf der Basis einer individuellen Bewertung des Krankheitszustandes. Damit Patientin und Patient befähigt werden, an diesen Aufgaben aktiv und kompetent mitzuwir-

ken, sind in den Programmen Schulungen für die teilnehmenden Versicherten und Leistungserbringer vorzusehen (§ 28e RSAV).

Nach den Regelungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung kann von einer aktiven Teilnahme eines Versicherten am Behandlungsprogramm nicht mehr ausgegangen werden, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei veranlasste Termine oder Schulungstermine ohne plausible Gründe nicht wahrgenommen hat (§ 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV). Hierdurch wird sichergestellt, dass die Versicherten nicht mehr den gesonderten Versichertengruppen für eingeschriebene chronisch Kranke zugeordnet werden können und die Krankenkassen für sie keinen höheren Beitragsbedarf erhalten.

15. Wie werden die zulässigen Beträge für die mit den DMP erstmals in den RSA einbeziehbaren Verwaltungskosten abgegrenzt, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung vorgesehen, einem Missbrauch entgegenzuwirken?

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind im RSA grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden lediglich die Programmkosten, die den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen (§ 4 Abs. 1 Nr. 12 RSAV), zu berücksichtigungsfähigen Leistungen gemacht. Das Nähere über die Berücksichtigung, insbesondere über eine mögliche Pauschalierung dieser Aufwendungen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen. In dieser Vereinbarung kann auch eine pauschale Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Programmkosten vorgesehen werden.

16. Welche konkreten Maßnahmen der Krankenkassen sind nach Ansicht der Bundesregierung auf der Grundlage der in den Anlagen 2a und 4a der Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung enthaltenen Informationen sachlich angemessen?

Die in den Anlagen 2a und 4a der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung aufgeführten Daten sind zur Steuerung, insbesondere zur Qualitätssicherung und zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme notwendig. In der Regel werden die Krankenkassen nur den in den Anlagen 2b und 4b beschriebenen reduzierten Teildatensatz erhalten. Nur wenn in den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V nicht vereinbart worden ist, erhalten die Krankenkassen die in den Anlagen 2a und 4a aufgeführten Daten, um in diesen Fällen Steuerungsfunktionen übernehmen zu können, die anderenfalls von anderen Programmbeteiligten auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen übernommen werden.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob und inwieweit die Behandlungsqualität durch Eingriffe von Kostenträgern in einzelne Behandlungsprozesse verbessert werden kann?

18. Mit welchen eventuell auch haftungsrechtlichen Konsequenzen müssen Krankenkassen rechnen, die versuchen, Einfluss auf den Behandlungsverlauf ihrer Versicherten zu nehmen?

19. Wie steht die Bundesregierung zu einer Regelung, wie sie die jüngste Patientenschutzgesetzgebung in den USA vorsieht, die darauf abzielt, Ärzte und Patienten vor direkten Eingriffen der Kostenträger zu schützen?

Die medizinische Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfolgt nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils best verfügbaren Evidenz. Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung enthält in § 28b Abs. 1 Satz 3 den expliziten Hinweis, dass die in den Anlagen 1 und 3 der Verordnung festgelegten medizinischen Vorgaben, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken.

20. Welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung auf die Durchführung des RSA, wenn Ärzte und Krankenhäuser sich wegen der Datenanforderungen in großer Zahl weigern an DMP-Umsetzungsverträgen teilzunehmen?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich Ärzte und Krankenhäuser weigern, mit den Krankenkassen Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu schließen.

21. Welche Erkenntnisse erlaubt die Evaluation nach Vorstellung der Bundesregierung aufgrund der jetzt geltenden Regelungen, denen zu Folge eine Datenerhebung für Kontrollgruppen nicht vorgesehen ist?

Gradmesser für die Auswirkung auf die Versorgungslage ist die Veränderung der Ausprägungen von Parametern der Prozess- und Ergebnisqualität relativ zu den ermittelten Ausgangswerten.

Die Evaluation ermöglicht eine versichertenbezogene Verlaufsbetrachtung über den Evaluationszeitraum sowie einen Vergleich verschiedener Programme miteinander hinsichtlich ihrer Erfolge im Hinblick auf die Verbesserung der Prozess- und der Ergebnisqualität sowie der Wirtschaftlichkeit. Für die Durchführung der Evaluation ist die Erhebung von Daten einer Kontrollgruppe nicht eingeschriebener Versicherter nicht zwingend erforderlich. Um einen Vergleich der einzelnen Programme zu gewährleisten hat das Bundesversicherungsamt durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind (§ 28g Abs. 2 RSAV).

22. Mit welchen Ausgaben müssen die Krankenkassen für die obligatorische Durchführung der Evaluation rechnen?

Die konkrete Ausgestaltung der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen gehört zu den Aufgaben der Krankenkassen. Hierzu zählt auch die externe Evaluation der Programme, die gemäß § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V

durch einen vom Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Krankenkasse oder ihrem Verband auf deren Kosten bestellten unabhängigen Sachverständigen durchzuführen ist. Die detaillierte Umsetzung dieser Vorschrift ist unter Beachtung der Regelungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung von den Krankenkassen im Programm sowie in den zu seiner Durchführung geschlossenen Verträgen festzulegen. Die in diesem Zusammenhang zukünftig entstehenden Kosten können heute noch nicht beziffert werden.

23. Welche Verwaltungskosten sind mit der Einführung der DMP bei den Krankenkassen, bei der ärztlichen Selbstverwaltung, Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Verbänden, bei den Krankenhäusern und Arztpraxen in den nächsten drei Jahren verbunden?

Die verstärkte Einführung strukturierter Behandlungsprogramme kann bei den Krankenkassen aufgrund eines erhöhten Verwaltungsaufwandes zu Mehrausgaben führen. Gesicherte Aussagen über die Höhe der den Krankenkassen entstehenden zusätzlichen Verwaltungskosten sind derzeit noch nicht möglich. Dies gilt auch für die ärztliche Selbstverwaltung, die Krankenhäuser sowie die Arztpraxen, bei denen die zusätzlichen Verwaltungskosten jedoch jeweils geringer als bei den Krankenkassen, denen die Einführung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme obliegt, ausfallen dürften.

24. Inwieweit treten diese Ressourcenanforderungen in Konkurrenz zu den Ressourcenanforderungen für die medizinische Versorgung von Versicherten?

Gesicherte Aussagen über die Höhe möglicher Mehrausgaben sind derzeit noch nicht möglich. Solchen Mehrausgaben können aber nach Abschluss der Einführungsphase der Programme Minderausgaben durch die verbesserte Versorgung der eingeschriebenen chronisch Kranken gegenüberstehen. Einsparungen werden z. B. durch die Vermeidung kostenintensiver Krankheitsstadien, wie der Dialysepflichtigkeit bei Diabetes, erzielt. Aufgrund dieser Einsparungen könnten zukünftig sogar mehr Ressourcen freigesetzt werden.

25. Inwieweit darf sich die Behandlung eines nicht eingeschriebenen Versicherten oder eines Versicherten, dessen Teilnahme im Programm aus welchen Gründen auch immer endet, von der Behandlung der in die Programme eingeschriebenen Versicherten unterscheiden?

26. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass alle Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine gleich gute Versorgung haben, und wie sind in diesen Kontext unterschiedliche Behandlungen von eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Patienten zu bewerten?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, wie sie in § 2 Abs. 1 Satz 3 und § 12 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) niedergelegt sind. Dieser Bewertungsmaßstab gilt gleichermaßen für die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme wie für den in den Richtlinien des Bundesausschusses für die vertragsärztliche Versorgung zu konkretisierenden Leistungsanspruch des Versicherten. Eine Diskrepanz zwischen dem Inhalt des vom Bundesausschuss konkretisierten Leistungsanspruchs des Versicherten und entsprechender Vorgaben der strukturierten Behandlungsprogramme zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darf es nicht geben. Allerdings kann sich ein Patient, der sich im

Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms behandeln lässt, besonders sicher sein, dass die Behandlung einer rationalen Therapiestrategie folgt. Denn die Behandlung im Rahmen eines solchen Programms unterliegt besonderen Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. So können z. B. die Vertragspartner besondere Qualifikationsanforderungen an die an den Programmen teilnehmenden Ärzte stellen, die Prozessqualität wird z. B. durch die Schulungen der Ärzte und der Versicherten sowie durch Regelungen zur Kooperation der Versorgungsebenen gestärkt und die Ergebnisqualität durch die Vereinbarung individueller Therapieziele sowie die Evaluation der Programme verbessert. Hierin liegt für den Patienten in einem strukturierten Behandlungsprogramm der Zusatznutzen für seine Gesundheit, ohne dass durch diese Maßnahmen seine individuelle Behandlung und damit einhergehend der erforderliche ärztliche Behandlungsspielraum eingeschränkt würde.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333